22200036419

HISTORIQUE SOMMAIRE

DE

LA LÈPRE

DANS NOS DIVERSES POSSESSIONS COLONIALES

PAR

M. LE Dr A. KERMORGANT

(Extrait des *Annales d'hygiène et de médecine coloniales*, 1905)

PARIS

IMPRIMERIE NATIONALE

1905

3608

F. 3608/2

F1F. 3608(2)

HISTORIQUE SOMMAIRE

DE

LA LÈPRE

DANS NOS DIVERSES POSSESSIONS COLONIALES

HISTORIQUE SOMMAIRE

DE

LA LÈPRE

DANS NOS DIVERSES POSSESSIONS COLONIALES

PAR

M. LE Dr A. KERMORGANT

(Extrait des *Annales d'hygiène et de médecine coloniales*, 1905)

PARIS

IMPRIMERIE NATIONALE

1905

WELLCOME
HISTORICAL
MEDICAL
LIBRARY

HISTORIQUE SOMMAIRE

DE

LA LÈPRE

DANS NOS DIVERSES POSSESSIONS COLONIALES.

La lèpre est une affection qui règne dans un grand nombre de nos possessions d'Outre-Mer; aussi nous a-t-il paru utile de rechercher, dans les documents épars un peu partout, ce qui a été écrit sur ce sujet et d'y ajouter les renseignements fournis par nos camarades, que nous tenons à remercier ici. Nous avons surtout voulu nous rendre compte des mesures prophylactiques prises pour nous préserver d'un fléau qui devient de plus en plus menaçant par suite de l'extension qu'il prend chaque jour.

Nous passerons successivement en revue les différentes possessions dépendant du Ministère des colonies en les groupant par régions du globe.

Colonies d'Amérique.

Elles comprennent : la Guyane, la Martinique, la Guadeloupe et les îles de Saint-Pierre-et-Miquelon; mais il n'a jamais été signalé de cas de lèpre dans cette dernière possession.

GUYANE.

Si l'on en croit la tradition, la lèpre n'existait pas à la Guyane lors de sa découverte, et on ne connaît pas d'exemple de Peaux-Rouges ayant eu la maladie, qui aurait été importée vers la seconde moitié du XVIIe siècle, lorsque les bateaux négriers commencèrent à apporter dans le pays leurs cargaisons d'esclaves africains.

D'après les documents que l'on possède sur la lèpre à la Guyane, il est certain que l'on a dû s'occuper de cette maladie dès l'année 1777. Dans un vieux Code de la Guyane française, édité à Cayenne en 1824, on trouve, en effet, une ordon-

nance du 1er janvier 1813 concernant la léproserie et faisant revivre en partie une autre ordonnance contre la lèpre datant du 9 janvier 1777. Il est dit à l'article premier de cette ordonnance de 1818 que l'ordonnance du 9 janvier sera mise en vigueur, sauf certains changements et modifications qu'il y a lieu d'y apporter.

Art. 2. Tous nègres ou mulâtres, libres ou esclaves, attaqués de ladrerie, vulgairement dite «mal rouge», seront transportés, dans les délais fixés par la présente ordonnance, à l'îlot «La Mère» et ne pourront, sous aucun prétexte, revenir à terre de l'île de Cayenne et terre ferme de la Guyane.

Art. 5. Les blancs qui seront attaqués de ladite maladie et qui voudront repasser en France, seront tenus de le faire dans le cours de l'année, et, en attendant, de s'abstenir de toute communication avec les habitants, sous peine d'être arrêtés et transportés audit îlot «La Mère», ce qui aura lieu nécessairement pour tous ceux qui déclareront ne pouvoir ou ne vouloir passer en Europe.

L'article 6 porte que tout habitant qui aura fait une fausse déclaration dans le nombre de ses esclaves atteints de ladrerie, sera condamné à une amende de 500 francs, au profit de l'établissement des ladres, et pour chaque nègre, négresse, négrillon, négritte, mulâtre et mulâtresse qui n'aurait pas été déclaré.

Art. 7. La visite sera faite dans la ville et la banlieue de Cayenne par des médecins et chirurgiens du Roi, et, dans les quartiers, par une commission nommée à cet effet.

Art. 9. Il sera placé à l'anse la plus favorable au débarquement un poste chargé spécialement de veiller à ce que personne ne puisse communiquer ni aborder audit îlot «La Mère».....

L'ordonnance ci-dessus fut suivie d'une foule d'autres, qui témoignent des inquiétudes des pouvoirs publics au sujet de l'extension de la lèpre en Guyane. Le péril augmente, et l'Administration, ne se sentant pas suffisamment armée pour combattre victorieusement le mal, demande une réglementation prescrivant des mesures énergiques contre toute personne libre ou esclave atteinte de la lèpre.

Entre temps, les lépreux, dirigés primitivement sur l'îlot «La Mère», furent internés aux îles du Salut, situées à

27 milles au Nord-Nord-Ouest de Cayenne. En 1833, la léproserie des îles du Salut est transférée à l'Acarouany et placée sous la direction de la Sœur supérieure de l'ordre de Saint-Joseph-de-Cluny, et défense est faite aux habitants du bourg voisin de Mana d'avoir des communications avec la léproserie, et réciproquement. Quatre-vingts malades sont internés dès le début. En 1840, la léproserie de l'Acarouany est enlevée à la direction des sœurs et placée sous le régime de la régie administrative; deux sœurs restent attachées à l'établissement pour soigner les malades.

Un décret du 24 août 1840 prescrit qu'une léproserie pour gens libres sera établie à l'îlot « La Mère »; toutes les personnes libres, lépreuses, devaient y être internées. La léproserie de l'Acarouany subsiste et reçoit les noirs esclaves.

Après 1848, l'esclavage ayant été aboli, il n'y avait plus de raison de conserver deux établissements similaires : la léproserie de l'îlot « La Mère » dut donc être abandonnée, et il ne subsista que celle de l'Acarouany, tant que la transportation n'eut pas de lépreux. Dès qu'elle en eut, elle les isola sur une des îles du Salut, l'île du Diable, jusqu'en 1895, époque à laquelle ils furent transportés dans une île du fleuve Maroni, Saint-Louis, où ils sont encore. Il a été question de les transférer à la léproserie de l'Acarouany, mais les démarches faites en vue de cette solution n'ont pas encore abouti.

La léproserie en question a été établie sur les bords d'une petite rivière, l'Acarouany, affluent de la rive gauche de la Mana, qui se jette dans ce fleuve à 1 kilomètre en amont du bourg de Mana, fort village de 1,000 habitants, construit sur la rive gauche du fleuve du même nom, à 14 kilomètres de son embouchure. L'établissement a été édifié sur un vaste plateau, élevé d'une vingtaine de mètres au-dessus de la rivière, dont la berge très escarpée ne peut être gravie que par des sentiers en lacets. Les bâtiments, situés au milieu des bois, sont disposés de telle sorte que le personnel sain est complètement séparé des malades et au vent de ceux-ci.

Les lépreux sont divisés en deux catégories : 1° ceux d'origine européenne ou qui ont les habitudes de la vie euro-

péenne; 2° ceux d'origine créole, africaine ou asiatique; les sexes sont séparés.

L'eau ne fait point défaut, la léproserie étant située au bord de la rivière.

Le Dr Laure écrivait en 1859 que la maladie se propageait en Guyane avec une telle rapidité qu'un dixième de la population en était atteint.

On estimait, en 1898, à 300 environ le nombre des lépreux en Guyane, dont 150 rien que pour Cayenne et la banlieue; sur ce nombre, il n'y en avait, à cette époque, que 19 d'internés à l'Acarouany. De son côté, l'Administration pénitentiaire en comptait une trentaine, isolés sur l'îlot Saint-Louis.

Les Guyanais ne prennent pas de mesures assez rigoureuses contre les lépreux; aussi constate-t-on, chaque jour, des promiscuités surprenantes; on les fréquente, on les visite; parfois l'on mange et cohabite avec eux.

Nous tenons à signaler à cette place un fait qui s'est passé à Saint-Laurent et qui a besoin d'être connu et vérifié, car il serait à rapprocher d'une croyance populaire qui a cours à Madagascar, du moins à Ivihibé, et qui est la suivante : «En se baignant, disent les Malgaches, au-dessous d'un endroit où se baignent habituellement des lépreux, on contracte la lèpre.»

Or, depuis que les relégués ont été dirigés sur la Guyane, les femmes de cette catégorie ont été internées à Saint-Laurent-du-Maroni. Placées sous la surveillance des sœurs, elles vont prendre des bains au fleuve deux fois par semaine. Pendant neuf années, jusqu'en 1897, aucun cas de lèpre ne s'est manifesté parmi elles; à cette époque, deux d'entre elles, deux Européennes, reconnues lépreuses, furent dirigées sur l'Acarouany. En 1895, les lépreux de la transportation sont dirigés des îles du Salut sur l'îlot Saint-Louis, situé en amont de Saint-Laurent; ils prennent des bains quand bon leur semble, et, moins de deux ans après, on constate que deux femmes reléguées sont devenues lépreuses sans avoir eu, disait-on, de contact avec l'extérieur. Cette assertion doit être tenue pour douteuse; en effet, les évasions étant nombreuses parmi ces

deux catégories de personnel, il est plus que probable que la contagion a été directe.

Le traitement employé à la léproserie est l'huile de chaulmoogra, administrée par la bouche et en injections hypodermiques.

Le dernier acte administratif relatif aux mesures à prendre dans la colonie de la Guyane à l'égard des personnes atteintes de lèpre est un décret du 11 mai 1891, qui prescrit l'isolement des malades, soit à la léproserie, soit à une certaine distance des centres habités, avec la faculté pour les gens atteints, qui ne voudraient pas s'y astreindre, de quitter la colonie; mais, il faut le dire, ce décret n'a jamais été appliqué.

MARTINIQUE ET GUADELOUPE.

Nous ne possédons aucun renseignement sur l'époque à laquelle remonte l'existence de la lèpre aux Antilles, ni sur la question de savoir si les premiers occupants, les Caraïbes, la connaissaient. Ils avaient un mot, que l'on retrouve dans le langage créole des Antilles, pour désigner les maladies hideuses et difficiles à guérir; pour eux, c'étaient des *piailles*, affections données par les sorciers et qu'eux seuls pouvaient guérir. La lèpre faisait-elle partie de ces piailles? C'est ce que l'on ne saurait affirmer, car ce n'est qu'au moment de l'immigration des esclaves africains dans le Nouveau-Monde qu'elle a été observée en Amérique. A l'époque de la traite, des mesures sévères avaient été prises pour arrêter l'importation de la lèpre dans nos colonies d'Amérique. Une commission procédait à un examen minutieux des esclaves, afin de déjouer les fraudes employées par les capitaines négriers pour dissimuler les taches commençantes, premières manifestations du mal. En outre, une ordonnance du Code noir de 1718 autorisait les tribunaux des colonies à déclarer nulle la vente d'un esclave présentant le moindre symptôme de lèpre.

Quoi qu'il en soit, c'est en 1728 que l'on s'occupa de créer une léproserie aux Antilles; elle devait servir aux deux colonies sœurs, la Martinique et la Guadeloupe. Le lieu choisi à cette

époque pour isoler les lépreux était un petit îlot de deux lieues de long sur une de large, appelé La Désirade, situé à six lieues de la ville de Pointe-à-Pître (Guadeloupe) et à deux lieues Nord-Est de la Pointe-des-Châteaux, par 16 degrés de latitude Nord et 61°72 de longitude Ouest; la partie la plus élevée de l'îlot a une altitude de 278 mètres.

Nous ne sommes nullement fixés, même approximativement, sur le nombre des lépreux qui existent dans nos deux possessions des Antilles; mais nous savons que toutes les classes de la société payent leur tribut à la lèpre, qu'il s'agisse des races blanche ou noire, des riches ou des pauvres.

Les lépreux de la Martinique devraient toujours être dirigés sur la léproserie de la Désirade; mais ils redoutent tellement cet exil qu'on ne les voit pas; ils se cachent et se cacheront désormais davantage, la lèpre étant aujourd'hui une maladie dont la déclaration est obligatoire dans nos possessions d'outre-mer.

D'après le Dr Bouvier, les lépreux ne sont pas très nombreux à Fort-de-France; on en rencontre surtout dans le canton de la Trinité.

La visite médicale passée à la Guadeloupe en 1728 fit découvrir 125 lépreux, dont 22 blancs, sur une population de 43,000 habitants environ.

Au début, il n'y eut pas d'hospice proprement dit; on mit à la disposition des lépreux un vaste espace, sur lequel ils se construisirent de petites cases et mirent le reste en culture. Le propriétaire d'esclaves malades devait les entretenir, et la colonie ne subvenait qu'aux besoins des individus dénués de ressources, les autres devant pourvoir à leur subsistance.

En 1788, on ne s'occupe plus des lépreux; aussi devinrent-ils, à bref délai, un danger pour la Guadeloupe où ils s'étaient réfugiés. Ils furent de nouveau réunis et dirigés, au nombre de 95, sur la Désirade.

L'établissement, renouvelé en 1795, fut détruit lors de la prise de l'île par l'Angleterre, en 1808, et réédifié en 1811. Peu de temps après la prise de possession de la Guadeloupe par les Anglais, les lépreux, n'étant plus soumis à aucun contrôle, se répandirent sur la Grande-Terre, où leur présence

causa une telle horreur et une telle crainte que l'on se mit à leur recherche et qu'on les interna à bord d'un ponton en rade de la Pointe-à-Pître. Dès 1810, on procéda à de nouvelles recherches, et tous ceux qui furent trouvés dans la ville de Pointe-à-Pître et dans les environs, furent dirigés sur la Désirade.

Les malades restèrent encore disséminés sur cet îlot, sous la surveillance d'un chef, jusqu'en 1829, époque à laquelle la colonie fit construire un hospice régulier, dont l'administration passa par diverses mains en 1852, 1857, 1860.

Le développement de la léproserie remonte à une date assez récente. Elle comprend deux corps de bâtiments en maçonnerie, séparés l'un de l'autre par un mur très élevé et qui sont affectés, l'un aux hommes, l'autre aux femmes; l'établissement est enclos de murs.

L'alimentation des malades comprend deux régimes distincts : l'un, dit régime des Européens, comporte du pain, de la viande et des légumes du pays; l'autre régime, dit ordinaire, se compose d'aliments du pays avec pain et viande seulement deux fois par semaine.

L'entrée de tout lépreux à la léproserie, qui avait été tout d'abord rendue obligatoire, n'a lieu aujourd'hui que sur demande écrite dûment certifiée de l'intéressé.

MALADES ATTEINTS DE LA LÈPRE ADMIS À L'HOSPICE DE LA DÉSIRADE DU 1er JANVIER 1859 AU 31 DÉCEMBRE 1899.

ADMISSIONS.	HOMMES.	FEMMES.	TOTAL.	SORTIES.	DÉCÈS.
Du 1er janvier 1859 au 31 décembre 1869.....	85	21	106	10	45
Du 1er janvier 1870 au 31 décembre 1879.....	54	19	73	22	62
Du 1er janvier 1880 au 31 décembre 1889.....	57	23	80	9	61
Du 1er janvier 1890 au 1er décembre 1899.....	93	28	121	17	80
TOTAUX.....			380	58	248

D'après les renseignements fournis par le Dr Noël, directeur actuel de la léproserie, le chiffre des entrées dans l'établissement s'est élevé à 91, de 1800 à 1810; de 1850 à 1857, on en a compté 236 et enregistré 175 décès.

En faisant entrer dans la statistique ci-dessus le chiffre des admissions et des décès enregistrés de 1850 à 1857, on arrive à un total de 616 entrées contre 423 décès pour une période de 47 années.

La mortalité a beaucoup varié, suivant les années, et a été influencée par les épidémies régnantes; c'est ainsi qu'en 1887, sur 60 malades des deux sexes, il ne s'est produit que 6 décès qui ont été fournis principalement par des vieillards, tandis qu'en 1865-1866, époque à laquelle la Guadeloupe fut visitée par le choléra, il se produisit 26 décès sur 120 lépreux internés.

Les naissances ont été peu nombreuses à la léproserie : de 1827 à 1834, on en relève 5; de 1834 à 1857, 28; de 1859 à 1899, 10. Tous ces enfants sont nés sans porter de traces de la maladie de leurs auteurs.

Depuis douze années que le Dr Noël est à la tête de la léproserie de la Désirade, il prend les mesures ci-après pour les enfants. Dès leur naissance, ils doivent être séparés de leurs mères et transportés hors de l'hospice. L'allaitement artificiel étant défectueux, surtout aux pays chauds, il ne doit être tenté qu'après trois mois au plus tôt, alors que l'enfant est déjà un peu développé et qu'il est susceptible de supporter l'usage du biberon.

Dans la journée, on donne à l'enfant, à peu près toutes les trois heures, le sein de la mère préalablement lavé à l'eau boriquée ou avec une solution de permanganate de potasse. Le mamelon est garni d'un bout de sein en caoutchouc constamment tenu aseptique. L'enfant est entièrement recouvert d'une blouse et n'a aucun contact direct avec la peau de la mère; il est enlevé aussitôt après la tétée. La nuit, il prend de l'eau bouillie sucrée et aromatisée pendant les premières semaines; plus tard, on lui donne du lait coupé. Le sevrage n'a lieu qu'à six mois, et c'est alors seulement qu'il est confié à des

parents qui veulent bien s'en charger et l'emmener hors du foyer lépreux. L'enfant n'est nourri au biberon dès sa naissance que quand la mère ne peut pas nourrir, ce qui est excessivement rare.

Après avoir essayé tous les médicaments préconisés contre la lèpre, le Dr Noël dit que seuls l'huile de chaulmoogra et l'europhène lui ont paru utiles.

Les malades acceptant difficilement l'huile de chaulmoogra en nature et à haute dose, on en fait des pilules dans lesquelles on incorpore de l'acide gynocardique et du sulfate de strychnine.

L'europhène employé en frictions, à la dose de 5 p. 100 dans l'huile de chaulmoogra, serait d'une réelle efficacité contre les douleurs généralisées du début de la maladie, qui sont souvent intolérables.

Colonies de la côte occidentale d'Afrique.

La lèpre existe dans toutes nos colonies de la côte occidentale d'Afrique et y a été signalée de tout temps. Venue sans doute de l'Arabie et de l'Égypte, elle s'est étendue peu à peu à tous les peuples de ce continent.

D'après les relations de Mungo Park et de Moore, parmi les esclaves introduits du Soudan à la côte occidentale d'Afrique, plusieurs étaient atteints de lèpre.

Barth, dans son voyage au centre de l'Afrique, en 1862, raconte qu'il a été frappé de la fréquence, chez les nègres du Baghirmi, de mutilations d'orteils dont la nature lépreuse ne peut laisser subsister aucun doute.

D'après Eben-Omir et Tounsy (*Voyage au Darfour*, 1845), la lèpre serait commune au Darfour et dans le Bornou.

Nos possessions africaines, tant de l'intérieur que des côtes, n'ont pas échappé au fléau.

SÉNÉGAL.

Thévenot dit n'avoir vu aucun exemple de lèpre dans le Bas Sénégal et estime qu'elle devait être reléguée dans le Haut Fleuve:

mais cette assertion a été infirmée par Chassaniol, qui a passé plus de neuf années dans cette colonie et qui affirmait au contraire, en 1865, qu'il avait eu fréquemment l'occasion d'observer la lèpre, plus souvent sur le littoral que dans l'intérieur. En 1882, Borius déclarait qu'elle était assez fréquente; enfin, Bérenger-Féraud a signalé également l'existence de la lèpre et de l'aïnhum.

La lèpre n'est pas ignorée des indigènes du Sénégal, qui en distinguent deux formes : la maculeuse et la tuberculeuse, et savent que c'est une affection contagieuse.

Dans les postes de l'intérieur et surtout dans les villes, il n'est pas rare d'observer aujourd'hui des lépreux dans la foule des nomades que les centres attirent. À Saint-Louis notamment, aux abords des marchés, à l'entrée des ponts, aux coins des principales rues, parmi les mendiants sollicitant la charité des passants, se trouvent des lépreux qui vont faire panser leurs plaies dans les dispensaires des faubourgs, et c'est, sans aucun doute, en pansant ces malheureux qu'une sœur a contracté la maladie.

Dans une statistique décennale, établie à l'hospice civil de Saint-Louis, nous n'avons relevé, de 1889 à 1898 inclus, que 18 entrées de lépreux suivies de 7 décès; les 11 autres avaient quitté l'établissement, où l'on ne tenait d'ailleurs nullement à les garder. Ces chiffres ne peuvent nous donner la moindre idée du nombre des lépreux, la maladie étant inégalement répandue dans les territoires de la Sénégambie.

La lèpre est plus fréquente dans le Foguy, la Cazamance, le Sine-Saloum, le Baol et dans les pays voisins du fleuve, chez les Saracolés et chez les Toucouleurs. Chez les Sérères, qui forment une grande partie de la population du cercle de Thiès, on ne rencontre que peu de lépreux, ce qui peut s'expliquer par leur habitude de vivre dans des villages à part, à l'écart des autres noirs.

Au Sénégal et dans la Sénégambie, les notions des indigènes sur la lèpre sont rudimentaires et loin d'être partout les mêmes; elles diffèrent selon les pays et surtout avec la religion des races qui les habitent. D'une manière générale, dans le Bas

Sénégal et sur le littoral, partout où domine l'élément fétichiste, la maladie semble être mieux connue. Est-ce dû au contact des Européens, qui ont établi des comptoirs depuis des siècles à la côte occidentale d'Afrique, ou n'est-ce pas plutôt de l'atavisme, un souvenir de cette époque lointaine où les trafiquants de chair humaine rejetaient dans la forêt, comme une marchandise avariée et sans valeur, les esclaves atteints de lèpre? Toujours est-il que le lépreux, sans être chassé de la tribu, est relégué le plus souvent dans une case à part, hors du village.

Par contre, chez les peuples que l'islamisme, avec ses larges préceptes de charité, a pu pénétrer, le lépreux n'est l'objet d'aucune mesure spéciale, même lorsqu'il se trouve à une période avancée de la maladie. Ce n'est plus un paria, mais un malheureux que le sort a frappé et qui n'est abandonné, ni par sa famille, ni par ses coreligionnaires. La lèpre n'est pas, pour les musulmans, une maladie qui entraîne l'impureté; aussi, ceux qui en sont atteints sont-ils admis à faire *salam* (prières). Cette manière d'envisager la lèpre peut avoir des conséquences funestes en Afrique, où l'islamisme gagne de jour en jour du terrain; et si l'on s'en rapporte aux déclarations de Chassaniol, la maladie aurait déjà progressé au Sénégal avec la diffusion de plus en plus grande de la religion musulmane. Une autre cause d'extension de la lèpre au continent noir, autrefois prépondérante, mais qui tend heureusement à disparaître de nos jours, était le trafic des captifs de guerre, qui s'est exercé depuis des siècles dans cette partie du monde, à la faveur des luttes incessantes entre tribus. C'est ainsi qu'ont été dispersés de tous côtés des individus de tout âge et des races les plus diverses, apportant avec eux leurs tares et leurs diathèses, l'esclave, le captif, ayant toujours été le moyen d'échange commercial le plus commode, et c'est aussi ce qui explique ce curieux mélange de races que l'on observe dans les villes du Sénégal.

Les diverses races de l'Afrique ont des opinions très divergentes sur la lèpre; quelques-unes la confondent avec la syphilis; d'autres, au contraire, savent la différencier. Les Peuhls la croient héréditaire, mais non contagieuse; les Ouolofs ne

croient pas à sa contagion et les lépreux vivent chez eux de la vie commune; toutefois, dès qu'ils sont porteurs de plaies aux mains, on leur donne une calebasse qui ne sert qu'à leur usage: les mains en griffe n'entraînent pas l'exclusion de la calebasse commune. Les Bambaras considèrent la lèpre comme très contagieuse; aussi ceux qui en sont atteints sont-ils tenus à l'écart et relégués dans des cases à part d'où ils ne peuvent sortir; on leur apporte leur nourriture; les marabouts seuls pénètrent dans leurs demeures pour leur donner des soins. Les Sarakolés croient aussi à la grande contagiosité de cette maladie et prennent contre elle toutes sortes de précautions.

Les dénominations de la lèpre sont nombreuses en Afrique et changent avec les tribus; les Ouolofs la désignent sous deux noms différents : *eurhe* ou *na yalla dolli*. Cette phrase ne serait, au dire des indigènes âgés, que la supplication d'augmenter ses plaies que le premier homme atteint de lèpre adressait à la divinité, en signe de mortification. Les Ouolofs savent distinguer un syphilitique d'un lépreux et désignent le dernier sous le nom de *gana*.

La lèpre est beaucoup plus commune chez les Dioulas, trafiquants qui vont colporter dans l'intérieur les marchandises les plus diverses, et chez les Toucouleurs, qui sont très nomades.

Jusqu'à présent, l'Administration n'a pris aucune mesure contre la lèpre, par suite des difficultés de toutes sortes avec lesquelles elle s'est trouvée aux prises. Les populations auxquelles elle avait affaire, composées en majeure partie de fétichistes et de musulmans, n'étaient pas d'ailleurs suffisamment préparées à subir des mesures de prophylaxie et d'assistance dont elles ne pouvaient comprendre la portée. Le moment semble venu de songer à cette question d'hygiène sociale, la pénétration dans l'intérieur, qui s'organise sur toute la côte occidentale, pouvant avoir pour résultat la diffusion plus grande de la maladie.

SOUDAN FRANÇAIS.

L'état de guerre, qui vient à peine de prendre fin dans les territoires du Soudan, n'a pas permis à nos médecins de se

renseigner, comme ils l'auraient voulu, sur la lèpre dans ces régions.

En 1889, Liotard, lors d'une mission scientifique au Boudou, ayant eu l'occasion de séjourner dans un gros village où il fut l'hôte d'un marabout renommé, avait été frappé de l'aspect de plaies ulcéreuses dont la nature lui parut suspecte. Il remarqua, en même temps, un grand nombre de cas d'aïnhum, ce qui laisse supposer que plusieurs de ces malades n'étaient autres que des lépreux. Primet en a vu des cas en 1891-1892, au cours d'une expédition. De son côté, Henric, qui a passé six ans au Soudan, n'a rencontré que peu de lépreux dans toute la région comprise dans la boucle du Niger, mais les malades seraient plus nombreux chez les Touaregs de la rive gauche et dans les pays Haoussas. Il n'a vu que peu de cas de lèpre bien caractérisée dans la région qui s'étend du Niger à Zinder, mais il en a observé plusieurs cas près de Say, dans le Mossi et le Gourma.

La lèpre a été constatée à Tombouctou, à Gao, dans le Lobi, où, d'après le docteur Ruelle, elle se répand de plus en plus, dans l'Ouagadougou et dans le bassin de la Volta.

Les renseignements sont forcément incomplets, car les noirs sont méfiants et cachent avec soin tous leurs malades; aussi n'est-ce le plus souvent que tout à fait incidemment que les médecins qui séjournent ou ne font que passer dans ces régions ont pu découvrir des lépreux, qui s'adressent de préférence aux marabouts ou aux traitants qui vendent des médicaments.

GUINÉE.

La lèpre, connue dans cette possession sous le nom de *kirimassi* et de *khouna*, n'est pas considérée comme contagieuse par les indigènes, qui vivent en commun avec ceux qui en sont atteints. Elle serait assez fréquente, d'après Drevon, et c'est la forme tuberculeuse qui serait la plus répandue; il est toutefois assez difficile, chez des individus qui sont entachés de scrofule, de syphilis ou de tuberculose osseuse, de faire la part de chacune de ces diathèses, qui se confondent et dont les manifestations marchent de pair. Pinard n'en a vu qu'un seul cas à forme tuberculeuse.

CÔTE D'IVOIRE.

La lèpre existe dans plusieurs régions de la colonie; elle est fréquente, paraît-il, dans l'Indénié; il en est de même dans le Baoulé, où les lépreux sont isolés dans des cases spéciales, loin du village, et nourris par leurs familles. On a constaté également quelques cas de lèpre tuberculeuse dans des villages voisins de Grand-Bassam, à Moussou entre autres, mais on voit rarement les malades, qui se cachent soigneusement à l'approche des blancs.

La Côte d'Ivoire est en relations constantes avec la colonie anglaise voisine, la Côte d'Or, et les indigènes passent facilement de l'une dans l'autre; or, nos voisins, qui ont fondé des hôpitaux et des dispensaires où les malades, quels qu'ils soient, sont soignés gratuitement, ont autorisé l'ouverture de deux petites léproseries dirigées par des sœurs, ce qui indique bien que la lèpre existe dans cette région.

DAHOMEY.

Duncan écrivait, à l'occasion de son voyage en Afrique en 1847, que la lèpre était inconnue dans cette région. Nos médecins n'en ont pas signalé; cependant le docteur Sauton dit que les cas seraient assez nombreux : 5 p. 100 à Agoué, un peu moins à Ouidah, davantage à Kalavi. Ces derniers renseignements, assez vagues, méritent confirmation, car ils ne concordent nullement avec ceux que nous possédons.

Le docteur Sanzeau de Puyberneau, qui a séjourné trois ans au Dahomey, et qui a parcouru le pays en tous sens, a vu six à sept cas de lèpre maculeuse à Savy, distant de 12 kilomètres de Ouidah; il n'en a pas constaté l'existence à Agoué, où il est resté deux ans.

Dans les cas de Savy, il en a observé trois ou quatre sur des enfants; les autres comprenaient le chef de la localité et des sujets habitant près de sa case. Enfin, il a observé un cas à Porto-Novo (lèpre tuberculeuse avec facies léonin très caractérisé) sur une femme de race nago.

CONGO FRANÇAIS.

La lèpre n'est pas inconnue dans notre colonie du Congo; mais là encore nous manquons de notions précises. Elle existerait dans le Bas Congo et le long du fleuve ainsi que dans l'intérieur, dans le Haut Chari, d'après Morel, et dans l'Oubanghi jusqu'au 9e degré. Liotard a observé dans cette région de nombreux cas d'aïnhum. Spire a également signalé la fréquence de cette maladie chez les Bakotos. Or ces deux affections sont bien voisines l'une de l'autre, si elles ne constituent pas une même entité morbide; on est donc autorisé à conclure que la lèpre ne serait pas rare parmi les peuplades de cette région. La lèpre a d'ailleurs été signalée dans l'État indépendant du Congo.

Colonies de la côte orientale d'Afrique.

MADAGASCAR.

La lèpre existe depuis longtemps sans doute à Madagascar, car le Gouvernement malgache, frappé du danger de laisser les lépreux en liberté, avait publié, sous le règne de Ranavalona II, un Code dans lequel on trouve un article ainsi conçu :

« Les lépreux doivent être placés dans les endroits qui leur sont réservés.

« Les personnes qui ont connaissance de lépreux vivant dans leur voisinage doivent en informer le Gouvernement, sous peine de se voir condamnées à une amende de un bœuf et un dollar; à défaut de payement, le délinquant devra être emprisonné et chaque jour de prison équivaudra à 0 fr. 60 d'amende. »

Sous le règne de Ranavalona III, cette loi paraît être tombée en désuétude, car les lépreux étaient tolérés sur la voie publique, à proximité des centres. Echelonnés par petits groupes, quelquefois par familles, sur le bord des routes, ils imploraient la charité des passants.

Avant la prise de possession par la France, les différentes missions établies dans la Grande Île avaient fondé des lépro-

series où elles recueillaient les malades; mais ces établissements, dans lesquels les lépreux entraient et sortaient à volonté, n'avaient d'autre but que de donner asile aux malheureux dénués de ressources et ne rendaient aucun service au point de vue de la prophylaxie de la maladie, attendu qu'on y autorisait la cohabitation de malades et de gens sains.

Le général Galliéni, frappé de l'extension bien constatée de la lèpre depuis un demi-siècle et des résultats obtenus par l'isolement dans tous les pays lépreux, se mit résolument à l'œuvre et décida la création des léproseries ci-après, que nous allons énumérer brièvement :

a. Léproserie d'Ambohidratrimo (province de Tananarive). — Elle contient 600 lits, mais le nombre des hospitalisés a toujours été de 700 environ en 1902, de sorte qu'il a fallu recourir à des lits de fortune. Ces malades se sont répartis de la manière suivante : 258 hommes, 361 femmes et 78 enfants, qui ont fourni 248 décès; 41 ont quitté l'établissement pour diverses raisons, mais les places étaient vite réoccupées.

Avant 1902, les enfants nés dans les léproseries étaient laissés à leurs mères jusqu'à l'âge de dix-huit mois; à partir de cette année, ils leur ont été enlevés le jour même de leur naissance pour être placés dans une partie spéciale de la léproserie, sorte de «nursery» où on les nourrit au biberon.

L'orphelinat annexé à la léproserie d'Ambohidratrimo ne renfermait que 11 enfants en 1902.

Un médecin de colonisation est attaché à chacune des léproseries, qui reçoit en outre, chaque semaine, la visite d'un médecin inspecteur européen.

b. Léproserie de Manankavaly (province de Manjakandriana). — Admirablement située sur un magnifique plateau, très bien aéré et largement pourvu d'eau, elle est très isolée et très éloignée de tout centre de population. Achetée en 1900 à la Mission anglicane des Quakers, elle ne pouvait abriter à cette époque que 25 lépreux. Elle a été agrandie depuis et a pu recevoir 225 malades en 1902; en 1903, elle pouvait en abriter

70 de plus; malgré cela, elle n'est pas encore suffisante pour recevoir tous les lépreux de la province; aussi sera-t-elle encore agrandie en 1904.

Le nombre moyen des lépreux internés en 1902 a été constamment de 205, les décès se sont élevés au nombre de 26 et les places devenues vacantes ont été prises aussitôt.

c. Léproserie de Miarinarivo (province du même nom).— Cette léproserie n'a été édifiée qu'en 1902; une moyenne de 165 lépreux y a été hospitalisée l'année même de sa construction. Elle se trouve trop voisine du chef-lieu et la question de son déplacement a été mise à l'étude.

d. Léproserie d'Antsirabe (province du même nom). — Cette léproserie, établie depuis plus de trente ans dans la localité, appartient à la Mission norvégienne et reçoit une subvention annuelle de 40 francs par lépreux. Le nombre des internés, qui était de 587 en 1901, s'élevait à 651 en 1902, année pendant laquelle il y a eu 200 entrées nouvelles et 136 décès. Cet établissement, traversé par la route qui conduit de Betafo au chef-lieu, se trouve trop rapproché de ce dernier; de plus, les médecins norvégiens qui le dirigent, n'étant pas contagionnistes, ne pratiquaient pas l'isolement qu'il a fallu imposer.

e. Léproserie d'Ambositra (province du même nom). — Elle a été mise en construction en 1902; l'emplacement choisi répond en tous points aux conditions que doit remplir un établissement de ce genre. Elle est située dans une magnifique vallée à 15 kilomètres d'Ambositra et à 7 ou 8 de tout centre habité; son achèvement s'impose d'autant plus que l'on compte dans la province 800 à 1,000 lépreux.

f. Léproserie de Fianarantsoa (province du même nom). — On compte 4 léproseries dans cette province :

1° *Léproserie officielle.* — 199 lépreux y ont été internés en 1902, 27 sont morts, 15 ont été autorisés à rentrer, sur leur demande, dans les léproseries des Missions; 158 étaient encore présents au 31 décembre, dont 89 hommes et 69 femmes.

7 grossesses ont donné 4 accouchements à terme; les nouveau-nés ne présentaient aucune trace de lèpre.

Le prix de revient de la journée d'un lépreux est de 0 fr. 30, déduction faite des constructions et des travaux de réparation;

2° *Léproserie anglaise.* — La léproserie de la *London Missionary Society* abritait 35 lépreux en 1902;

3° *Léproserie des Norvégiens.* — Chaque malade a sa chambre; les lépreux mariés habitent ensemble. 20 malades étaient hospitalisés en 1902 dans cet établissement;

4° *Léproserie des Pères Jésuites.* — Elle a été édifiée à 5 kilomètres de Fianarantsoa et comprend 16 chambres. Le chiffre des lépreux oscille entre 50 et 60; les malades qui peuvent travailler sont rémunérés de leur travail, ce qui leur permet d'améliorer leur alimentation.

La Mission catholique fait tous les frais de l'entretien des internés.

Les statistiques accusent dans la province la présence de 600 lépreux environ; 260 étaient isolés en 1902 et on espérait pouvoir porter ce chiffre à 340.

Les Jésuites ont commencé la construction d'une nouvelle léproserie qui pourra recevoir 200 malades.

g. Léproserie de Farafangana (province du même nom). — Construite par les Pères Lazaristes en 1902, elle est située sur une colline élevée, bien aérée, à proximité de Farafangana, dont elle est séparée par une rivière. Ouverte en mars de la même année, elle a donné asile à plus de 300 lépreux logés par groupes de 2 ou 3 par case.

En vertu d'un contrat passé avec l'Administration, les Pères reçoivent une subvention annuelle de 60 francs par malade. Le service médical est assuré par le médecin de la formation sanitaire.

D'autres léproseries sont en construction dans les provinces d'Itaosy et d'Ambositra. Il n'existe actuellement que 2 établissements de ce genre sur la côte, l'un à Farafangana (côte Est), l'autre à Maintirano (côte Ouest). Toutefois, une léproserie sera incessamment en mesure de fonctionner à

Morondava (côte Ouest) et permettra d'isoler les malades des régions sakalaves de Morondava et de la Mahavavy. Enfin, pour les circonscriptions du Nord-Ouest, la création d'une léproserie a été décidée en principe. Cet asile sera installé dans l'îlot de Sakatia, situé à proximité de Nossi-Bé et sur lequel se sont déjà réfugiées quelques familles de lépreux.

L'évacuation des malades des circonscriptions avoisinantes (territoire de Diégo-Suarez, district de la Grande Terre, cercle d'Analalava et province de Majunga) sera chose facile et leur isolement peut d'ores et déjà être considéré comme devant être parfait. On étudie, en outre, un projet de léproserie dans les environs de Tamatave.

Les Missions, qui, dès leur installation à Madagascar, avaient recueilli des lépreux, ne semblent pas avoir entravé la propagation de la lèpre, parce que les malades n'ont jamais été isolés; aussi l'Administration a-t-elle dû ordonner l'isolement dans les établissements qu'elle subventionne.

En 1902, le nombre des lépreux isolés s'est élevé à 2,540, dont 2,040 sur le plateau central, 300 à Farafangana et 200 environ dans les différentes Missions. Or, pour le plateau central, on peut approximativement fixer le nombre des lépreux à 4,200 au moins; il resterait donc, d'après ces calculs, 2,000 lépreux en liberté dans cette partie de la Grande Île. Les léproseries construites en 1903 et celles qui seront édifiées en 1904 réduiront ce chiffre à 800.

En comparant ce chiffre de 4,200 lépreux à celui des habitants de ces provinces, qui s'élève à 1,700,000, on constate qu'il existe un peu plus de 3 lépreux pour 1,000 habitants.

ARCHIPEL DES COMORES.

Il est à présumer que la lèpre existe depuis longtemps aux Comores, les habitants de cet archipel étant en relations constantes, depuis des siècles, avec l'Arabie, la Perse, l'Inde et le continent africain.

Les indigènes connaissent la contagiosité de cette affection; aussi se sont-ils empressés de tout temps d'isoler les lépreux.

MAYOTTE.

Mayotte, centre administratif des Comores, possède une léproserie dans l'île de M'Zambourou, située au Nord de la Grande Terre et séparée d'elle par un bras de mer de 4 milles environ. Elle se trouve à plus de 30 kilomètres de distance de Dzaoudzy, chef-lieu de la colonie.

Au point de vue de l'isolement, l'emplacement a été bien choisi, car les communications ne sont pas toujours faciles. À part la crique où les lépreux ont bâti leurs demeures, les côtes de l'île sont à pic, rendant toute escalade et toute fuite impossibles. On n'y rencontre qu'une seule source; le sol est volcanique.

Au dernier recensement, les lépreux étaient au nombre de 64, dont 53 hommes et 11 femmes; ils y vivent en communauté, s'entr'aidant les uns les autres, et ont élu un chef qui n'a d'autre prérogative que de faire valoir à qui de droit les *desiderata* de ses compagnons de misère.

Les lépreux se sont répartis en deux villages sur le flanc Ouest de l'île, séparés l'un de l'autre par une distance de 200 mètres et auxquels ils ont donné les noms figurés de Mountacoundia (je vois arriver) et de M'sanga mououni (gros sable). Ils vivent là réunis par familles ou par groupes sympathiques dans des cases d'une exquise propreté qu'ils ont construites par leurs propres moyens. Les plus valides cultivent un peu de manioc, qui vient s'ajouter à l'ordinaire que leur fournit l'Administration.

MOHÉLI.

La lèpre existe dans l'île sous toutes ses formes; elle y fait des ravages et tend à prendre d'autant plus d'extension que les malades ne sont pas isolés et vont où ils veulent. Les indigènes n'éloignent leurs lépreux qu'à une période très avancée de la maladie et les gens aisés gardent près d'eux leurs malades. Un point d'isolement avait été choisi dans la vallée de Déméani, vers Nioubadjou, mais les isolés n'y restaient pas.

ANJOUAN.

Les Anjouanais chassent les lépreux, qui se sont isolés d'eux-mêmes à Chicoundonni, en face de l'îlot à la Selle, où ils ont fondé un petit village. Une vieille femme lépreuse elle-même les soigne au moyen de simples, et du fait de cet isolement, la contagion est assez restreinte, bien que les malades ne s'y rendent le plus souvent que quand leur affection est déjà avancée.

Les lépreux de Chicoundouni vivent de leurs plantations : manioc, riz, fruits, etc.; personne ne leur vient en aide. Il a été question de les transférer à l'îlot à la Selle, qui n'est séparé de la terre ferme que par un étroit chenal facile à franchir à marée basse, mais il manque d'eau.

GRANDE COMORE.

Dans cette île, la plus importante du groupe comme superficie et comme nombre d'habitants (53,000), on ne compte qu'une vingtaine de lépreux, atteints pour la plupart de la forme tuberculeuse et répandus un peu partout.

Les lépreux de M'Zambourou sont ravitaillés tous les deux mois par l'Administration, qui alloue à chaque malade 400 grammes de riz sec par jour et 20 grammes de sel. Depuis peu on a ajouté du sucre à cette ration.

Les malades qui peuvent travailler cultivent du manioc, de la canne à sucre et des arbres fruitiers. L'Administration leur fournit des instruments aratoires, puis des lignes et des hameçons pour se livrer à la pêche. Ils reçoivent deux vêtements par an.

Les naissances sont excessivement rares à la léproserie, et les nouveau-nés sont dirigés sur Mayotte à la première occasion.

Colonies de l'Océan Indien.

RÉUNION.

Une léproserie a été fondée dans cette île par un arrêté du 25 février 1852, à Saint-Denis (chef-lieu), à 14 kilomètres de la ville, au centre d'un vaste plateau situé à environ 400 mètres d'altitude.

L'arrêté est ainsi conçu : «Attendu les progrès chaque jour croissants de la lèpre, considérant qu'il importe de préserver la population agricole d'un fléau qui menace de l'atteindre, l'Administration décide : 1° l'établissement d'une léproserie; 2° que tout individu désigné comme lépreux sera tenu de se présenter à la Commission sanitaire aux jours et heures indiqués par le Directeur de l'intérieur; 3° que tout individu reconnu lépreux par la Commission sanitaire sera immédiatement séquestré à la léproserie; 4° que pourra être dispensé de cette obligation tout lépreux qui s'engagerait à quitter la colonie ou qui justifierait de moyens suffisants pour recevoir, dans sa famille, les soins que réclame son état. Cette autorisation exceptionnelle ne sera accordée qu'à la condition expresse d'une séquestration absolue, dont l'inexécution entraînera de plein droit l'internement; 5° les lépreux seront nourris et entretenus aux frais de la colonie s'ils sont reconnus indigents. Un médecin sera affecté au service des lépreux et les secours de la religion leur seront assurés.»

Il faut s'empresser de le dire : si l'arrêté existe, il n'est pas appliqué, et nombre de lépreux circulent dans les rues et montent même en wagon.

Les dépenses prévues au budget de 1901 pour la léproserie s'élevaient à un total de 47,109 fr. 40 :

Directeur comptable	3,500f 00c
Infirmier-major	1,200 00
Médecin visiteur	2,619 00
Aumônier	1,746 00
1 supérieure et 5 sœurs (Filles de Marie)	5,412 00
Infirmiers	1,940 40
4 journaliers	2,167 20
Vivres, etc.	19,674 80
Chauffage, éclairage	1,600 00
Couchage, habillement	3,600 00
Médicaments, matériel	500 00
Frais de sépulture	300 00
Transport de malades	1,200 00
Dépenses du culte	400 00
Matériel, achats, entretien	1,000 00
Frais de transport de la commission de surveillance	250 00
TOTAL	47,109 40

La lèpre existe un peu partout dans l'île, mais les quartiers les plus contaminés sont : Saint-Leu, Saint-Gilles et Saint-Louis, et dans ce dernier, c'est La Rivière qui compte le plus grand nombre de lépreux.

La lèpre, disait-on autrefois, attaque le plus souvent les Indiens et les noirs de la côte d'Afrique; les créoles ne sont cependant pas épargnés.

Le relevé des lépreux de 1868 à 1872 a été le suivant :

Européens	2
Créoles	20
Indiens	46
Cafres	21
Malgaches	6

En 1902, la léproserie établie à la Montagne et dirigée par le Dr Auber abritait 61 pensionnaires, dont 54 hommes et 7 femmes, se répartissant ainsi suivant les âges :

	HOMMES.	FEMMES.
20 à 30 ans	5	1
30 à 40	10	2
40 à 50	16	3
50 à 60	13	//
60 à 70	7	//
Au-dessus de 70 ans	3	1
TOTAUX	54	7

L'homme le plus âgé avait 77 ans et était interné depuis le 14 novembre 1895.

L'homme le plus jeune avait 22 ans et était interné depuis le 17 janvier 1900.

La femme la plus âgée avait 70 ans et était internée depuis le 1er avril 1887.

La femme la plus jeune avait 26 ans et était internée depuis le 3 février 1889.

Pendant la période quinquennale de 1897 à 1902, sur 126 lépreux traités, on compte 56 décès, soit 1 décès pour 2.25 malades.

En 1899, 9 lépreux sont morts en dehors de la léproserie. En 1900, il en est mort 4, et en 1901, seulement 3 (cas déclarés).

Le traitement employé consiste en une nourriture saine et abondante, en toniques de toutes sortes, en bains fréquents avec du sous-carbonate de soude (200 grammes par bain), huile de chaulmoogra à l'intérieur. On commence par 5 gouttes matin et soir après les repas, dans une infusion d'aya-pana. On augmente de 4 à 6 gouttes par jour jusqu'à 250 gouttes par jour en quatre fois. S'il y a fatigue d'estomac ou diarrhée, on revient aux doses initiales. Si cette huile n'est pas tolérée, on a recours à l'acide gynocardique sous forme de gynocardate de magnésie, 1 à 4 grammes par jour sous forme de pilules de 0 gr. 20, associé à de l'extrait de gentiane : gynocardate de magnésie, 0 gr. 20; extrait de gentiane, 0 gr. 05. Très souvent, aussi, on donne l'ichtyol à la dose de 1 à 3 grammes par jour, sous forme de capsules de 0 gr. 25, qui semble donner de bons résultats.

Dans les poussées fébriles, on a recours au salicylate de soude. On cherche à relever les forces du malade par tous les moyens.

Toniques : kola, coca, fer, sirop des trois phosphates (fer, quinine, strychnine). Injections hypodermiques de cacodylate de soude. Ces injections relèvent rapidement l'état général, font disparaître les symptômes cachectiques, le poids augmente, les ulcérations et les lépromes se cicatrisent et s'affaissent. Les plaies sont désinfectées au permanganate de potasse (solution de 0 gr. 25 par litre) et pansées avec des pommades à base d'aristol ou d'orthoforme.

On fait aussi constamment usage de pommades à l'ichtyol à 50 p. 100 :

Ichtyol	50 grammes.
Axonge	70
Huile d'olive	30

Les ulcères sont fréquemment pansés avec une émulsion de baume de gurgeon et d'eau de chaux à parties égales.

Établissements français de l'Inde.

Nos établissements de l'Inde possèdent au chef-lieu, à Pondichéry, une léproserie élevée tout près de la mer, sur un terrain sablonneux planté de nombreux cocotiers et situé à 1,500 mètres au Sud de la ville.

Les origines de cette léproserie remontent à 1826, époque à laquelle le Gouverneur, frappé de la quantité de lépreux que l'on rencontrait dans la ville et dans les environs, prit une ordonnance locale pour assurer des secours aux malades incurables en général et aux lépreux en particulier, jusqu'au moment où il serait procédé à la création d'un hospice et d'une léproserie. On louait presque en même temps, dans la ville noire, un local destiné à servir de léproserie. L'établissement actuel, par suite de circonstances trop longues à énumérer, n'a été ouvert qu'en 1849. Il devait ensuite passer par bien des péripéties causées par des difficultés financières. En 1856, la léproserie fut abandonnée à la Mission catholique; à partir de 1880, un philanthrope de la localité assura, au moyen d'un don, la quantité journalière de riz nécessaire à l'alimentation des lépreux. En 1898, de nouvelles difficultés financières ayant surgi et des tiraillements s'étant produits entre la Mission et le Comité de bienfaisance, la léproserie fut remise au service local par un arrêté en date du 28 février 1898.

Les hommes et les femmes sont séparés; le quartier réservé aux hommes est le plus vaste et sa porte d'entrée donne directement sur la route qui conduit à l'établissement, de sorte que les malades peuvent sortir au dehors à peu près comme ils veulent. C'est aussi par le quartier des hommes que passe le chemin conduisant à la chapelle, qui est un lieu de pèlerinage pour les Pondichériens. Les lépreux ont bien un espace réservé dans ce sanctuaire, mais il est toujours envahi par les pèlerins, qui considéreraient leur pèlerinage comme incomplet s'ils ne se mêlaient aux malades. On conçoit les dangers d'une pareille coutume, qu'il est impossible de déraciner, tant elle est passée dans les mœurs et tant elle est ancrée dans les idées superstitieuses des habitants. (Dr Lhomme.)

M. Kermorgant.

Les logements affectés aux lépreux ne sont pas assez vastes pour le nombre de malades qu'ils abritent; aussi plusieurs sont-ils réduits à passer les nuits sous les vérandas. Le mobilier est également insuffisant et plusieurs lépreux sont obligés de coucher par terre.

La léproserie figure au budget local pour une somme de 4,000 roupies (7,000 francs environ), destinée à solder le personnel, à acheter des médicaments et à entretenir les malades et l'immeuble. Au mois de mars 1903, le nombre des lépreux internés s'élevait à 44, répartis de la manière ci-après :

Hommes adultes	31
Femmes adultes	9
Adolescents	2
Adolescentes	2

Ce chiffre est une moyenne qui s'élève rarement au-dessus de 50. Il n'existe pas de règles pour l'admission dans l'établissement, qui est le plus souvent toute spontanée de la part des malades.

L'arrêté de 1898 règle cependant cette importante question de police sanitaire de la manière suivante :

Art. 1er. Tout individu suspect de lèpre et trouvé sur la voie publique, sera conduit par les soins de la police à l'examen du chef du Service de santé. S'il est reconnu malade, il sera interné à la léproserie.

Art. 2. Pourra être dispensé du séjour à la léproserie, le lépreux qui s'engagerait à quitter la colonie ou qui justifierait de moyens suffisants pour recevoir dans sa famille les soins que réclame son état. Cette autorisation exceptionnelle de rester dans sa famille ne sera accordée qu'à la condition expresse d'une séquestration absolue, dont l'inexécution entraînerait de plein droit l'application de la mesure prescrite par l'article précédent.

Art. 7. Les lépreux internés dans la léproserie, qui auront quitté cet établissement sans autorisation et qui seront trouvés circulant ou mendiant sur la voie publique, seront immédiatement appréhendés par la police et conduits à la léproserie, où il leur sera fait application du règlement intérieur prévoyant les cas d'évasion. Les lépreux étrangers pourront être conduits hors du territoire.

Le nombre des lépreux semble augmenter surtout depuis une quinzaine d'années; d'après les renseignements fournis par la police et les officiers de santé indigènes, on compterait à Pondichéry, sur une population de 174,456 habitants, 300 lépreux, soit 1.72 p. 1000; mais ce chiffre est tout ce qu'il y a de plus approximatif. À Chandernagor, on ne comptait, en 1899, que 6 lépreux pour 28,000 habitants, soit 1 pour 3.700 environ. Rappelons que les statistiques de l'Inde anglaise accusent 130,000 lépreux sur 320 millions d'habitants, soit 1 pour 2,500 environ. Cette faible proportion tient à ce que les régions de l'intérieur et du Nord sont indemnes.

Il résulte d'une enquête faite en 1898, que le nombre des lépreux dans nos Établissements s'élevait à 584, dont 446 hommes et 138 femmes. Ce chiffre doit être certainement d'un tiers au-dessous de la réalité, car bien des familles, surtout chez les métis, considèrent comme un déshonneur de compter des lépreux parmi elles; aussi relèguent-elles au fond de leurs habitations ceux de leurs parents qui sont atteints de lèpre. Il faudrait donc compter 778 lépreux.

Les décès survenus à la léproserie depuis quinze ans, de 1889 à 1903 inclus, se sont élevés à 75, soit 5 par an en moyenne; la mort a été causée le plus souvent par une maladie intercurrente, la dysenterie très fréquemment.

La médication la plus employée est l'huile de chaulmoogra administrée par la bouche, les Hindous étant tellement pusillanimes qu'ils ne veulent pas accepter les injections sous-cutanées.

La léproserie n'a pas rendu, au point de vue de la prophylaxie de la lèpre, les services qu'elle aurait pu rendre si elle avait été fermée au public et si la chapelle de l'établissement n'avait pas été un lieu de pèlerinage où l'on vient demander à saint Lazare, son patron, la guérison des maladies cutanées. Or, la plupart des indigènes, même ceux qui appartiennent aux castes élevées, marchent pieds nus ou ôtent leurs sandales en entrant; on conçoit que, dans ces conditions, la contagion doit se faire facilement.

Gouvernement général de l'Indo-Chine.

Les colonies composant ce Gouvernement sont : la Cochinchine, le Cambodge, l'Annam, le Laos et le Tonkin.

La lèpre doit exister depuis fort longtemps dans cette partie de l'Asie, car les Chames, qui ont précédé les Annamites, avaient la tradition d'un roi lépreux qui régnait au XIIIe siècle.

Le roi siamois qui était sur le trône en 1767 était lépreux.

Enfin le roi Yasovarman, qui régnait au IXe siècle et qui fut le premier à habiter Anchor, qu'il acheva s'il ne la construisit lui-même, était également lépreux. Une statue qui existe encore lui a été élevée, mais on ne peut retrouver sur elle quoi que ce soit ayant l'apparence de lésions lépreuses.

COCHINCHINE.

Il n'existe pas de documents sur la lèpre en Cochinchine; toutes les formes connues existent dans le pays. Il y a eu sous certains souverains des tentatives d'isolement motivées par l'extension de la maladie; c'est ainsi que l'un d'eux avait ordonné d'isoler les lépreux loin des villages, dans des paillottes que l'on devait détruire par le feu après la mort du malade, ainsi que tous les objets et effets qui lui avaient servi. Les cadavres devaient être enterrés dans une fosse très profonde. Il y avait en outre dans chaque province une maison spéciale où l'on enfermait de force les lépreux qui ne voulaient pas s'isoler; ils étaient, dans ce cas, nourris par l'Administration, tandis que les autres recevaient la nourriture de leurs familles et, quand ces dernières ne pouvaient le faire, ils avaient recours à la charité publique. Enfin, sous le Gouvernement annamite, il a toujours existé une léproserie qui avait été placée dans une île du Mékong. Peu à peu, on se désintéressa des lépreux et on laissa tomber en désuétude les mesures qui avaient été prises en vue de leur isolement.

Les Annamites considèrent la maladie comme contagieuse et la croient également héréditaire; malgré cela ils ne chassent pas les lépreux de leurs demeures.

Tous les arrondissements de Cochinchine sont contaminés inégalement; quant au chiffre approximatif des lépreux, on l'estime à un total de 4 à 5,000.

Depuis la prise de possession, aucune mesure n'avait été édictée pour isoler les malades, qui circulaient librement, se mêlant aux gens sains et se tenant principalement dans les centres, aux abords des marchés les plus fréquentés, où ils mendiaient. Par un arrêté local du 18 janvier 1903, l'Administration a décidé la création d'une léproserie dans l'île de Cu-lao-Rong, en face la ville de Mytho, dans laquelle seront internés les lépreux trouvés circulant sur la voie publique et ceux qui en feront spontanément la demande. Cette île était déjà en partie exploitée; les principales cultures étaient le riz et le cocotier; les lépreux qui ne sont pas impotents pourront par suite s'occuper de travaux agricoles.

La léproserie a été aménagée de façon à recevoir 600 pensionnaires dès son ouverture; si le nombre des internés venait à dépasser ce chiffre, on construirait des paillottes, la place ne manquant pas.

Les dépenses sont imputées à chaque province au prorata du nombre des lépreux qu'elles fournissent.

CAMBODGE.

La lèpre est répandue dans toutes les provinces du royaume et, loin de disparaître, elle semble croître et s'étendre; dans certains villages, toutes les familles sont lépreuses.

Les Cambodgiens croient à l'hérédité de la lèpre; ils reconnaissent aussi qu'elle est contagieuse.

Au Cambodge, on isole en principe les lépreux, mais ce n'est, le plus souvent, que lorsque la maladie est déjà avancée. Tant que le lépreux peut travailler et gagner sa vie, il vit dans sa famille; quand il est devenu impotent, qu'il est couvert de plaies et ne peut plus se suffire, on lui construit une case en dehors du village, où il vit seul; sa famille lui apporte sa nourriture. Les lépreux qui n'ont pas de famille se livrent à la mendicité et il n'est pas rare d'en voir plusieurs se réunir sous le même toit, les hommes ensemble, les femmes ensemble. Un

grand nombre de malades vivent aux environs des bonzeries, où ils se nourrissent des restes des aliments apportés chaque jour aux bonzes par la charité publique.

Les lépreux ne restent pas volontiers dans les hospices; ils aiment beaucoup la liberté et sont très nomades.

À Pnom-Penh, beaucoup de lépreux, dont la maladie était assez avancée, exerçaient le métier de vendeurs au marché; d'autres couchaient pendant la nuit sur les tables qui servent d'étal. On en voit souvent couverts de plaies suppurantes dans les voitures publiques; il n'est pas étonnant que dans ces conditions la maladie se propage.

Il serait assez difficile d'isoler et d'interner tous les lépreux, mais on pourrait revenir aux moyens employés par les autorités khmer dans les siècles passés et qui consistaient à créer des villages lépreux dans des territoires qui leur étaient assignés. Le Code cambodgien ne parle pas des lépreux; toutefois, si après le mariage, un des époux devient malade, l'autre peut demander le divorce, qui est toujours accordé si la maladie est avérée. On n'incinère pas les corps des lépreux; on les enterre, sous prétexte que la fumée résultant de la crémation communiquerait la maladie aux assistants.

LAOS.

La lèpre (kihuheum) est la seule affection dont les Laotiens redoutent la contagion; aussi isolent-ils rigoureusement les malades. Selon les mandarins et les bonzes, la maladie aurait été importée de Chine au cours des invasions successives des Hos (Chinois); elle n'aurait pas augmenté sensiblement depuis un siècle, grâce aux mesures énergiques prises par les Laotiens vis-à-vis des malades. Dès qu'un lépreux est signalé, quelle que soit la situation de sa famille, on l'isole en pleine forêt ou sur un banc de sable au milieu du Mékong, ou bien encore sur la rive opposée si le village est sur le bord d'une rivière. On lui construit, à cet effet, une case où il devra demeurer jusqu'à sa mort avec interdiction absolue de se rendre au village. Les parents sont chargés de pourvoir à sa subsistance, et après

sa mort, il est incinéré avec sa case. Il y a quelques lépreux à Takek et à Vien-Tiane, mais, grâce à l'isolement rigoureusement pratiqué, la lèpre pourra disparaître complètement du Laos.

TONKIN.

La lèpre existe au Tonkin depuis un temps immémorial et le nombre des lépreux qu'on y rencontre aux abords et aux portes des principaux centres est considérable. Les indigènes sont depuis longtemps convaincus de la nature contagieuse de cette affection; nous n'en voulons pour preuve que les précautions prises par les autorités locales vis-à-vis de ces déshérités du sort. Il n'existe pas, en effet, au Tonkin de centre de quelque importance qui n'ait son village de lépreux où sont isolés de nombreux malades arrivés à la dernière période de cette affection, les Tonkinois n'en connaissant que peu ou pas les premiers symptômes. On trouve dans ces agglomérations deux catégories de personnes : des gens plus ou moins âgés, porteurs de lésions caractéristiques, et de jeunes enfants.

Quand ces derniers sont arrivés à un certain âge et qu'ils sont sains, ou du moins ont les apparences de la santé, ils quittent le village pour aller exercer un métier quelconque; s'ils deviennent plus tard lépreux, ils retournent dans leurs villages d'origine.

Les villages de lépreux ne diffèrent en rien des villages ordinaires; entourés d'une haie vive de bambous absolument impénétrable, ils communiquent avec l'extérieur par une ou deux portes qui sont fermées tous les soirs. Les logements consistent en paillottes entourées de jardins potagers dans lesquels les habitants cultivent des légumes indigènes, qui améliorent leur alimentation exclusivement composée de riz fourni gratuitement par la commune. Dans les villages d'une certaine importance, les lépreux creusent des mares pour y élever du poisson. Aux environs de Hanoï, ils ont la spécialité de l'élevage des lapins blancs, qui sont ensuite vendus au marché. Malheureusement, aux époques troublées, le riz n'a pas

été toujours fourni régulièrement et les malades se sont trouvés dans l'obligation d'aller souvent fort loin chercher leur subsistance. En 1883-1886, on voyait de longues files de ces mutilés se répandant partout pour implorer la charité publique. Il existait à cette époque, à Hanoï, un village de lépreux dont l'étendue et la population étaient considérables.

La situation au Tonkin, au point de vue de la lèpre, ne semble pas avoir beaucoup changé; le village qui existait autrefois au Sud de Hanoï a été supprimé, afin de permettre l'extension de la ville européenne. Les lépreux ont été renvoyés dans leurs communes respectives et des maisons ont été édifiées sur l'emplacement de leur ancien village, sans que l'on ait pris soin de désinfecter le sol.

Les médecins ont fait à plusieurs reprises des efforts pour intéresser les autorités locales à cette question de la lèpre, sollicitant d'elles qu'on procédât tout d'abord au dénombrement des lépreux, puis à leur internement dans une ou plusieurs des îles avoisinant la baie d'Along, sur des terrains assez vastes pour permettre aux moins mutilés de se livrer à la culture, afin de pourvoir en partie à leur subsistance. Aucune suite n'a été donnée à ces propositions.

En 1900, une commission fut nommée pour s'occuper de la question, qui n'a pas avancé d'un pas; quelques mesures partielles de préservation ont été prescrites sur certains points des territoires militaires, mais elles ont cessé le plus souvent avec le départ de leurs promoteurs. On peut donc dire que rien n'a été tenté jusqu'ici par les autorités locales, non seulement pour circonscrire le mal, mais aussi pour en mesurer l'étendue. Cette indifférence vis-à-vis d'un fléau qui semble se réveiller de toutes parts, tient sans aucun doute à ce que l'on n'a jamais signalé aucun cas de contamination parmi les Européens; mais cette raison ne saurait suffire, attendu que, demain peut-être, l'on se trouvera en présence de la réalité et il sera dès lors un peu tard pour prendre des mesures préventives.

Colonies du Pacifique.

NOUVELLE-CALÉDONIE.

L'apparition de la lèpre dans cette possession ne remonte pas à une époque très éloignée; elle s'est étendue et propagée avec une rapidité telle, qu'elle suffirait à elle seule à plaider en faveur de sa contagiosité, si l'on en doutait encore.

Il résulte de l'enquête faite au sujet de son importation, par Grall, que c'est un Chinois, porteur d'une lèpre bien caractérisée, qui a introduit la maladie dans une tribu où il avait séjourné pendant deux ans. Ce Céleste mourut vers 1865; pendant son séjour dans la tribu, il ne se produisit rien de particulier; ce n'est qu'une année après son départ qu'un Canaque fut reconnu malade; il mourut après quatre ans de maladie; ce premier cas fut suivi de deux autres, et ces nouveaux malades succombèrent trois ans après.

À partir de ce moment, la maladie fit des progrès effrayants, et malgré le cri d'alarme jeté par les médecins, l'Administration locale ne s'en préoccupa pas. Les deux côtes Est et Ouest n'étaient pas également contaminées; c'est la seconde qui était la plus infectée, lorsque les tribus de cette partie de la côte se révoltèrent en 1878. Lors de l'apaisement de cette insurrection, les tribus de la côte Est qui nous étaient restées fidèles se partagèrent les femmes et les enfants des tribus révoltées, tandis que les hommes furent disséminés sur toute l'étendue de l'île. Ces différents mouvements de population eurent pour résultat immédiat de répandre la lèpre partout. En 1883-1884, les médecins, frappés des progrès de la maladie, signalèrent de nouveau le danger; il fallut bien se rendre à l'évidence et reconnaître que l'île était sérieusement contaminée. Malgré tous ces avertissements répétés, ce n'est qu'en 1889 que les autorités s'émeuvent et chargent un fonctionnaire, accompagné d'un médecin, de visiter les différentes tribus. Or voici ce qu'il écrivait à la date du 12 juin :

«Au cours de la tournée que je viens d'effectuer, j'ai pu me

rendre compte des progrès que fait chaque jour la lèpre; presque toutes les tribus de la Grande Terre sont présentement contaminées. Je me suis efforcé dans mes entretiens avec les naturels, de leur faire comprendre combien il était de leur intérêt d'éloigner de chez eux les individus atteints, mais je rencontrai partout une très grande indifférence et dans certaines localités on cherchait à me cacher les malades.

« L'internement des lépreux ne se fera donc pas sans difficultés; il faut s'attendre à rencontrer dans beaucoup de tribus une résistance que l'on n'arrivera à vaincre qu'avec le temps. Ces dispositions regrettables m'ont clairement démontré qu'il ne fallait pas songer à établir une léproserie sur la Grande Terre, car il serait à peu près impossible d'empêcher le contact des lépreux internés avec les autres indigènes et même de les retenir dans le périmètre qui leur serait affecté. »

Dans une autre correspondance, le même fonctionnaire écrit : « La lèpre continue à se propager avec une rapidité effrayante dans les tribus; elles sont à peu près toutes contaminées aujourd'hui. Si l'on ne prend pas rapidement des mesures énergiques pour combattre cette terrible maladie qui décime déjà la population autochtone, et qui commence également à atteindre les Européens, on sera bientôt impuissant à en enrayer les progrès. »

À la date du 11 septembre 1889, les chefs des tribus de Canala proposaient d'isoler leurs malades par leurs propres moyens sur un point de leur territoire.

On installa à cette époque cinq léproseries partielles : la première à l'île aux Chèvres, près de Nouméa; la deuxième au pic des Morts, près de Canala; la troisième au cap Bocage, à Houailou; la quatrième à la pointe de Cougouma, près de Hienghen, et la cinquième à Maré, une des îles Loyalty.

L'expérience ayant démontré qu'avec ce système de léproseries partielles, il était absolument impossible d'obtenir l'isolement réel des malades, on décida, en 1893, la création d'une léproserie centrale à l'île Art, du groupe des Bélep, située au Nord de la Nouvelle-Calédonie, et l'on y dirigea tous les malades des léproseries partielles qui étaient au nombre de 500 environ, y compris quelques Européens.

L'île Art était cultivée par une tribu que l'on déporta sur la Grande Terre, de sorte qu'en arrivant, les lépreux assez valides pour travailler, purent immédiatement se livrer à la culture. La direction de l'établissement fut confiée à un missionnaire qui était assisté par des sœurs européennes et indigènes, mais on ne jugea pas à propos d'y placer un médecin. Les Canaques, qui auraient probablement consenti à subir cet exil si on leur avait prodigué des soins susceptibles d'amener la guérison, n'eurent qu'une pensée : retourner dans leurs tribus; aussi les évasions furent-elles nombreuses. Ceux qui restèrent furent bientôt rejoints par des membres de leurs familles, et la léproserie de l'île Art ne se différencia plus d'une tribu ordinaire; elle comprenait en effet autant de gens sains que de malades.

	1893.	1894.	1896.
Internés au 13 octobre	246	190	163
Naissances	2	5	//
Décès	60	32	//

À la fin de 1895, 600 lépreux environ ont été dirigés en deux fois sur les Bélep, et au 1er janvier 1897, on ne comptait en tout que 172 lépreux internés; tous les autres avaient succombé ou avaient quitté l'établissement.

Au mois de septembre 1897, un médecin et un pharmacien sont envoyés en mission à la léproserie centrale avec ordre d'établir un rapport sur la situation des lépreux internés.

Deux léproseries étaient alors installées à l'île Art, l'une destinée aux Canaques, et qui contenait également deux personnes libres de race blanche, l'autre qui abritait les malades de la transportation.

Les conclusions des rapporteurs furent qu'il n'y avait plus lieu de dépenser chaque année 65,000 francs pour un établissement qui ne comptait que cent et quelques lépreux. L'Administration locale, s'appuyant sur ce rapport, sollicita du Département l'annulation du décret qui avait institué cette léproserie. Sans attendre la réponse, qui fut d'ailleurs négative, le Conseil général de la colonie supprima le crédit affecté

à l'établissement et son évacuation fut décidée pour le 1er avril 1898; les Européens qui s'y trouvaient furent dirigés sur l'île aux Chèvres.

L'Administration pénitentiaire seule, forte du décret qui avait créé la léproserie, y maintint ses lépreux.

On retombait dans les erreurs du passé; les léproseries partielles n'avaient donné que de déplorables résultats; on y revenait quand même, malgré l'avis contraire exprimé par le Département.

Des arrêtés intervenus en novembre 1898 et avril 1899 réglèrent les formalités à remplir pour faire passer devant une commission sanitaire les personnes soupçonnées atteintes de lèpre. Plus tard, deux autres arrêtés, en date des 23 novembre et 16 décembre 1901, créèrent des léproseries partielles. Aux termes de ces décisions locales, elles devaient être installées par les soins des chefs de tribus dans 42 localités et recevoir, dès leur achèvement, les indigènes malades, qui devaient y être maintenus isolés sous la surveillance des Services des affaires indigènes et de la gendarmerie et sous la responsabilité des grands chefs. Chaque tribu doit pourvoir à la nourriture et à l'entretien de ses lépreux, l'Administration locale se réservant de leur venir en aide au moyen de distributions de riz, à raison d'un kilogramme par personne et par semaine.

A la date du 30 juin 1902, il existait 23 léproseries partielles sur la côte Est, contenant 301 lépreux, 12 sur la côte Ouest renfermant 107 lépreux, et 3 aux îles Loyalty, dépendances de la Nouvelle-Calédonie, abritant 160 malades. Ces trois dernières léproseries, situées sur les trois îles les plus importantes du groupe : Lifou, Maré et Ouvéa, devaient être fondues en une seule placée sur l'île Doudoume, qui est au centre de cet archipel.

Les léproseries partielles de la Grande Terre renfermaient donc à la date précitée un total de 408 lépreux indigènes, et en y ajoutant ceux des Loyalty, on arrive au chiffre de 568 obligés au séjour dans ces établissements.

L'Administration pénitentiaire comptait à la même époque 108 lépreux dont 31 à l'île Art et 77 isolés près de Nouméa,

à la pointe Nord de l'île Nou, qui sert de bagne central et d'où on les expédie à la léproserie par un cotre.

À la date du 8 mars 1904, l'Administration pénitentiaire accusait un total de 92 lépreux dont 29 transportés, 58 libérés et 5 relégués.

Il y a lieu également de signaler une dizaine d'agents de surveillance qui ont été atteints, ainsi que des enfants de fonctionnaires de cette Administration dont nous ne connaissons pas exactement le nombre.

Nous ne possédons aucun renseignement sur le total des indigènes atteints de lèpre; mais il serait, paraît-il, moins élevé qu'on ne le pensait tout d'abord, la mortalité étant très grande parmi les lépreux. Ce qu'il y a de certain, c'est que tous les malades ne sont pas internés.

ÎLES LOYALTY.

La lèpre a dû faire son apparition aux îles Loyalty, à peu près à la même époque que sur la Grande Terre; Lifou et Maré étaient contaminées dès 1878; Lifou le fut la première, Ouvéa est restée bien plus longtemps indemne. Maré comptait 49 lépreux en 1890. On compte actuellement un total approximatif de 200 lépreux dans cet archipel, répartis ainsi qu'il suit : Maré, 150 environ; Lifou, 30; Ouvéa, 10 (Noc).

La proportion des lépreux pour chaque île est la suivante :

Maré	3.9 p. 100
Lifou	0.5
Ouvéa	0.5

La léproserie de Doudoume, placée sur un îlot situé entre Lifou et Maré, à proximité de cette dernière, a été créée en 1901. On y a construit des citernes et chacune des trois îles devra ravitailler ses malades au moyen de ses cotres. L'îlot possède de nombreux cocotiers et se prête à la culture de l'igname, mais son abord n'est pas toujours facile; aussi les lépreux n'y ont-ils pas encore été transférés.

Le traitement employé en Nouvelle-Calédonie a consisté en huile de chaulmoogra et en injections de sérum de Caras-

quilla. L'emploi de ce sérum est aujourd'hui abandonné; il avait fait naître au début quelques espérances, le coup de fouet qu'il imprimait aux phagocytes ayant procuré des améliorations passagères dans l'état d'un certain nombre de malades.

La question de la lèpre, dont la solution a toujours présenté des difficultés en Nouvelle-Calédonie et dans ses dépendances, est aujourd'hui plus difficile à résoudre que jamais.

Les alternatives par lesquelles ont passé les lépreux, isolés tantôt dans des léproseries partielles, tantôt aux Bélep, ont fait que les Canaques ne veulent plus aujourd'hui entendre parler de la léproserie de l'île Art. D'autre part, les léproseries partielles n'ont pas rendu les services que l'on en attendait, parce que les emplacements choisis n'ont pas toujours été heureux. Quelques-unes étaient trop rapprochées des villages et les lépreux ne pouvaient résister à la tentation d'y passer la plus grande partie de leur temps. D'autres au contraire étaient trop éloignées; aussi arrivait-il fréquemment que les tribus négligeaient de ravitailler leurs malades, ce qui servait de prétexte à ces derniers pour s'y rendre.

Les léproseries partielles ont cependant la préférence des indigènes, qui sont, paraît-il, aujourd'hui convaincus de la nécessité d'éloigner les lépreux; aussi pourrait-on peut-être profiter de ces bonnes dispositions pour les isoler dans des léproseries partielles bien situées, bien aménagées, placées à une distance raisonnable des tribus et étroitement surveillées. En tout cas, le système en vigueur actuellement est tout à fait défectueux et demande une prompte modification.

Établissements français de l'Océanie.

Nos établissements de l'Océanie, composés d'une centaine d'îles, comprennent : les archipels de la Société, des Marquises, des Tuamotu et des Gambier, les îles Tubuai, Raivavae, Rapa et le protectorat des îles Rurutu et Rimatara.

La lèpre règne dans toutes ces îles depuis une époque que l'on ne peut préciser, mais qui doit être fort ancienne, car

on trouve dans la langue maôri un mot pour la désigner, *kovi* aux Marquises, *Oovi* à Tahiti.

Quelques personnes attribuent l'importation de la maladie à des Chinois; mais les missionnaires, qui les ont précédés de longue date, affirment que la lèpre existait dans nos établissements bien avant l'arrivée des Célestes.

TAHITI.

La lèpre est très fréquente à Tahiti; il y a quarante ans, on comptait déjà quatre Européens contaminés, rien qu'au chef-lieu, Papeete.

Toutes les formes y sont également communes et il n'est pas rare de voir des enfants indigènes de 5 à 9 ans porteurs de la terrible maladie.

Les lépreux circulent librement, les Tahitiens n'éprouvant aucune répugnance à vivre avec eux.

Il est incontestable que la lèpre a fait de rapides progrès depuis une vingtaine d'années; aussi les autorités locales se sont-elles émues à différentes reprises de la recrudescence de la maladie. En 1891, on nommait une commission chargée d'indiquer les mesures prophylactiques à prendre; un projet d'arrêté pour l'internement des lépreux fut élaboré; les ressources pécuniaires ayant fait défaut, il n'y fut pas donné suite.

En 1895, en présence des progrès croissants de la maladie, le service médical proposa d'isoler les lépreux de nos établissements à l'île Masse du groupe des Marquises, mais ce projet ne fut pas adopté. Il régnait d'ailleurs un doute dans l'esprit de certains conseillers généraux au sujet de la contagiosité de la lèpre; quelques-uns la niaient complètement et citaient à l'appui de leur dire des cas de longue cohabitation entre conjoints, dont l'un était lépreux, sans que l'autre le soit devenu. Il n'est pas surprenant que, dans ces conditions, l'on n'ait pas voté les crédits nécessaires pour l'isolement de ces malades.

Aujourd'hui, la colonie effrayée des progrès toujours croissants de la lèpre, non seulement sur les indigènes, mais aussi sur les métis et les Européens, sollicite du Département de lui indiquer les mesures à prendre en vue d'enrayer le fléau.

ÎLES MARQUISES.

La lèpre prenait déjà une telle extension aux Marquises, il y a une trentaine d'années, que, dès 1874, on s'occupa des moyens d'empêcher sa diffusion, en créant dans cet archipel, à Puamau, une léproserie, qui fut abandonnée au bout de quelques mois, sous prétexte qu'elle entraînait des dépenses trop élevées.

Les Marquisiens, lépreux ou non, ont, il faut bien le dire, toujours protesté contre l'internement; aussi est-ce avec joie qu'ils virent fermer la léproserie de Puamau; depuis cette époque, ils évitent autant que possible de se montrer aux médecins. La lèpre ne les effraye pas, parce que c'est une maladie qui ne les fait mourir qu'à longue échéance. Les indigènes n'éprouvent aucune répugnance pour les lépreux, qui, aussi bien vus que les autres, trouvent femme très facilement. Ils n'hésitent pas à manger avec eux et à les laisser plonger dans le plat commun leurs mains mutilées et ulcérées.

Depuis 1882 jusqu'à ces dernières années, les lépreux des trois îles du groupe du Sud-Est des Marquises avaient été réunis par les soins de l'Administration, dans des endroits isolés du reste de la population, avec laquelle ils ne communiquaient que pour recevoir la nourriture que leur apportaient leurs parents. Leurs cases avaient été construites par les indigènes sous la surveillance des chefs de poste. Quant aux lépreux des trois îles du groupe du Nord-Ouest, qui étaient très peu nombreux, ils n'ont jamais été isolés.

Depuis quelques années, l'Administration s'est relâchée dans ses mesures d'isolement; aussi les lépreux circulent-ils en toute liberté.

Ces léproseries partielles ont donné de bons résultats aux Marquises, parce que, contrairement à ce qui se passe en Nouvelle-Calédonie, les malades avaient été internés dans d'immenses vallées d'un abord difficile, mais qui leur permettaient cependant de subvenir à leurs principaux besoins. Ils jouissaient ainsi d'une liberté relative et étaient plus heureux que dans une léproserie.

La lèpre anesthésique est la plus commune aux Marquises, la tuberculeuse est loin cependant d'être rare; elle semble plus commune chez les Européens, qui commencent à être sérieusement atteints.

Nous ne sommes pas très bien renseignés sur le nombre des lépreux résidant dans nos Établissements; un quinzième des habitants serait, dit-on, actuellement atteint de lèpre.

Conclusions.

L'exposé qui précède montre combien la question de la lèpre est complexe et fait prévoir les difficultés que l'on rencontrera quand il s'agira de prendre des mesures prophylactiques contre ce fléau qui devient chaque jour plus menaçant et qui ne paraît pas avoir suffisamment éveillé l'attention des administrations locales, parce que, à force de frôler le danger, on finit par s'y habituer et l'on n'y prend plus garde.

Dans l'état actuel de nos connaissances sur la lèpre, il n'y a qu'une seule barrière à opposer à sa diffusion, c'est l'isolement des malades dans des établissements spéciaux, moyen qui a, toujours et de tout temps, donné d'excellents résultats, à la condition d'être rigoureusement appliqué. La première difficulté qui se présentera sera de mettre cette mesure en pratique; ce qui s'est passé pour quelques-unes de nos possessions où, malgré les décrets et les arrêtés pris, l'on n'est arrivé à rien, nous donne la mesure du peu d'efficacité des règlements quand ils ne sont pas appliqués avec une extrême rigueur.

En tout cas, on ne saurait procéder d'une manière identique vis-à-vis des populations que nous administrons et qui diffèrent tant, quant aux mœurs, aux coutumes, aux croyances et aux préjugés, toutes choses dont il faudra tenir compte et qui exigeront par suite des mesures spéciales, selon que l'on aura affaire à telle ou telle race; c'est là une affaire de tact et de doigté qui ne pourra être résolue que sur place.

Dans certaines possessions, en Indo-Chine par exemple, la tâche sera plus facile que partout ailleurs, parce que, de temps immémorial, les Annamites ont compris la nécessité de relé-

guer leurs malades dans des léproseries ou dans des villages particuliers et qu'une certaine somme est prévue aux budgets provinciaux pour subvenir à leurs besoins. De plus, ils redoutent beaucoup la contagion; or les lépreux, nomades par tempérament, quittent facilement leurs villages pour se répandre sur les routes et dans les marchés, où ils rançonnent leurs congénères, menaçant les uns d'aller dans leurs villages s'ils leur refusent ce qu'ils désirent, et sachant se faire attribuer par les autres ce qu'ils convoitent sur les étaux des marchés en posant tout simplement leurs mains mutilées et suppurantes sur les denrées qu'ils ont choisies et que l'on s'empresse de leur abandonner. Il est à présumer qu'en présence de ces faits qui se passent journellement, les Annamites n'hésiteraient pas à consentir à de nouveaux sacrifices, en élevant le taux des subsides qu'ils accordent aux lépreux, s'ils étaient certains d'être à jamais débarrassés de ces véritables tyrans.

Il n'en sera malheureusement pas de même partout; aussi est-il urgent de ne pas se laisser arrêter par des difficultés prévues d'avance et de rechercher le moyen le plus pratique pour arriver à ce que les lépreux demeurent dans les points qui leur auront été assignés. Il faudra tout d'abord leur défendre l'accès des villes et des marchés et les obliger à panser leurs plaies pour éviter qu'ils ne sèment partout le contage.

L'isolement, auquel il faut arriver pour faire œuvre utile, nécessitera de grosses dépenses, car il faudra subvenir à tous les besoins des lépreux et mettre à leur disposition de vastes terrains bien choisis où ils pourront se livrer à la culture pour tromper l'ennui et améliorer leur alimentation. Ce qu'il faut surtout éviter, c'est qu'ils se livrent à l'élevage de certains animaux qui sont ensuite vendus sur les marchés, au risque de contagionner ceux qui s'en rendent acquéreurs.

Le péril est grand pour l'avenir de nos colonies; aussi ne saurait-on se laisser arrêter par les dépenses à prévoir en refusant aux malheureux lépreux un certain confort, en échange de leur liberté qu'ils devront sacrifier pour le bien général.

C'est dans nos possessions lointaines qu'il faut combattre la lèpre, si nous ne voulons pas nous réveiller un jour en face du même fléau dans la Métropole qui, faute de mesures prises dans les foyers d'origine, courrait le risque d'être contaminée par les apports successifs d'outre-mer.

TABLE DES MATIÈRES.

Pages.

Colonies d'Amérique. 5
Guyane. 5
Martinique et Guadeloupe. 9

Colonies de la Côte occidentale d'Afrique. 13
Sénégal. 13
Soudan français. 16
Guinée. 17
Côte d'Ivoire. 18
Dahomey. 18
Congo français. 19

Colonies de la Côte orientale d'Afrique. 19
Madagascar. 19
Archipel des Comores. 23

Colonies de l'Océan indien. 25
Réunion. 25
Établissements français de l'Inde. 29

Gouvernement général de l'Indo-Chine. 32
Cochinchine. 32
Cambodge. 33
Laos. 34
Tonkin. 35

Colonies du Pacifique. 37
Nouvelle-Calédonie. 37
Îles Loyalty. 41
Établissements français de l'Océanie. 42
Tahiti. 43
Îles Marquises. 44

Conclusions. 45